

親権者同意書

宮前平すずらん皮膚科クリニック 院長殿

私は、申込者の親権者として申込者が貴院の治療の説明を十分に理解し自己の利益とリスクについて判断できると認め、貴院と診療契約および支払い契約を締結することに同意いたします。

同意書記載日：令和 年 月 日

治療内容：医療脱毛

●申込者：必ず「自署」「捺印」（シャチハタを除く）が必要です。

申込者氏名	印
生年月日	S/H/R 年 月 日（ 歳）
住所	〒
携帯電話番号	（ ） -

●親権者：必ず「自署」「捺印」（シャチハタを除く）が必要です。

親権者氏名	印
申込者との関係	父・母・その他（ ）
住所	〒
携帯電話番号	（ ） -